

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL CONCERNANT LE PATIENT

Le traitement d'orthodontie peut interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Pouvez-vous s'il vous plaît remplir ce questionnaire médical avec précision celui-ci étant naturellement couvert par le secret médical. Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation. Ce questionnaire est à remplir par le patient ou par l'assuré social responsable légal du patient s'il est mineur.

Souhaitez-vous un entretien, sans votre enfant, afin de discuter d'un sujet en particulier ? NON OUI

IDENTIFICATION DU PATIENT A TRAITER

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance :/...../..... Age : N° de portable du patient :

RENSEIGNEMENTS DU RESPONSABLE LEGAL DU PATIENT OU DE L'ASSURE LUI-MÊME

N° de sécurité sociale :

Nom : Prénom : Profession :

E-mail :@.....

Nom, Prénom de la Mère (si mineur): Portable :

Profession :

Nom, Prénom du Père (si mineur): Portable : Profession :

Les deux parents ont-ils l'autorité parentale ? OUI Si NON...qui a l'autorité parentale ? La mère Le père

Avez-vous la : CMU/C2S/AME/UNE CAISSE SPECIALE : Non Oui, laquelle ?

Nom et N° adhérent de la mutuelle principale reliée à la sécurité sociale:

Avez-vous une deuxième mutuelle complémentaire ? NON OUI laquelle.....

Comment nous avez-vous connus ?.....

RENSEIGNEMENTS DE VOTRE CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT

Nom..... Prénom Ville..... Date de la dernière visite : / /

Par qui avez-vous été recommandé ? Aucun Dentiste Patient Médecin Autre.....

Nom et prénom de celui qui vous a recommandé ?

HISTORIQUE DENTAIRE

Le patient utilise-t-il parfois le révélateur rose de plaque dentaire ? NON OUI

Le patient a-t-il déjà eu un vernis de protection des dents (Sealents) ? NON OUI

Lors des précédentes visites chez le dentiste le patient a-t-il rencontré des difficultés particulières ?

Si oui, lesquelles ?

TRAUMATISMES DENTAIRE

Le patient a-t-il reçu un choc ou un traumatisme sur les dents ? NON OUI Quand ?.....

Quelles dents ont été concernées ?.....

MOTIF DE LA CONSULTATION

Avis orthodontique Fil décollé ou gouttière de contention 2ème avis d'orthodontie Dents de sagesse

Autre.....

Est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ? NON OUI.....

ANTECEDENTS ORTHODONTIQUES

Le patient a-t-il déjà été traité en Orthodontie ? NON OUI

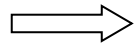
Nom de l'Orthodontiste..... Dans quelle ville ?.....

Par quel moyen ? Appareil avec des bagues Appareil amovible Des gouttières Autre.....

A quel âge ? Pendant quelle durée ?.....

Y a-t-il un parent ou enfant du foyer familial qui a déjà eu un traitement orthodontique ? NON OUI
Les mâchoires craquent-elles ou se bloquent-elles ? NON OUI **HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL**

Le patient a-t-il des problèmes de santé particuliers ? NON OUI



Lesquels.....

Prend-il des médicaments ? NON OUI Lesquels ?.....

Souffre-t-il de l'une des affections suivantes ? Diabète Hépatite HIV Pbs Sanguins Trouble Psychomoteurs

Le Patient a-t-il de l'asthme ? NON OUI

Est-il allergique ? NON OUI

Si oui, quels types d'allergies ? Médicament Anesthésie Latex Métal Résine Colorant Alimentation

Autres

Le patient présente-t-il des troubles de croissance NON OUI

Présente-t-il des problèmes influençant sa posture (lordose, pieds plats, autre) ? NON OUI

Est-il suivi par un Orthophoniste ? NON Si OUI Lequel ?.....

Pour quelles raisons ?.....

Pour les femmes, êtes-vous enceinte ? NON Si OUI Date prévue de l'accouchement ?.....

SI VOUS ETES ENCEINTE, LA REALISATION DE RADIOGRAPHIE EST FORMELLEMENT INTERDITE

Prenez-vous des Bisphosphates (contre indiqué avec un traitement d'orthodontie) NON OUI.....

ANTECEDENTS ORL

Le patient a-t-il eu une opération des amygdales et/ou des végétations ? NON OUI.....

Le patient a-t-il eu des infections fréquentes de : Rhumes, Maux de gorge, Otites, Angines, ... ? NON OUI

DYSFONCTIONS

A-t-il des difficultés à :

Respirer NON OUI Mastiquer NON OUI Avaler NON OUI Parler NON OUI

PARAFONCTIONS

Le Patient Grince-t-il parfois des dents ? NON OUI Ronge-t-il ses ongles ? NON OUI

Suce-t-il son pouce ou un doigt ? NON OUI lequel ?.....

Suce-t-il un objet ? (Mouchoir, drap, stylo ...) ? NON OUI

Présente-t-il d'autres habitudes buccales (mordiller les lèvres etc.) ? NON OUI lesquelles ?

Joue-t-il d'un instrument de musique en contact avec les dents ? NON OUI

SYMPTOMES EVOQUANT UNE OBSTRUCTION RESPIRATOIRE DU SOMMEIL

Signes la journée :

Yeux cernés NON OUI

Céphalées au réveil NON OUI

Hyper activité NON OUI

Fatigue diurne NON OUI

Somnolence diurne excessive NON OUI

Altération de la concentration NON OUI

Signes la nuit :

Ronflements..... NON OUI

Sommeil agité/Réveils fréquents. NON OUI

Transpiration excessive..... NON OUI

Respiration buccale..... NON OUI

Enurésie (Pipi au lit)..... NON OUI

En signant ce document, j'autorise le docteur SAMAMA à réaliser, si besoin, des bilans radiologiques pour surveiller l'évolution dentaire du patient pendant toute la durée du traitement.

Je suis informé que des honoraires de consultation de 23€ me seront demandés lors de la première consultation, honoraires pris en charge par la CPAM dans la supposition d'un traitement accepté par la caisse.

J'atteste l'exactitude de ce document, si le patient est un mineur confirme être le responsable légal et l'assuré social.

Je m'engage à signaler toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales du patient.

Fait à Gif sur Yvette Le

Nom et Prénom

Signature du patient ou du responsable légal (si mineur)